

## SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPIA DEL DOLOR

### UNIDAD DE DOLOR AGUDO (UDA)

fecha: .....	edad: .....	NHC .....	FNAC .....
anestesista: .....		nombre .....	
habitación: .....	PCA nº: .....	1 <sup>er</sup> apellido .....	
hora inicio infusión: .....		2 <sup>o</sup> apellido .....	

ASA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> U	<b>ALERGIAS:</b>
<input type="checkbox"/> SIN PATOLOGÍA <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> MCP ISQUÉMICA <input type="checkbox"/> DMID <input type="checkbox"/> DMNID <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> SAOS <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> IH						
PESO (kg):	TALLA (cm):	IMC:	CREATININA: INICIO: _____ mg    FIN: _____ mg			
Diagnóstico:						
Procedimiento:						

PROTOCOLO	PAUTA	RESCATE
<input type="checkbox"/> 1. BUPIVACAÍNA	<input type="checkbox"/> PARACETAMOL 1g / 6h	<input type="checkbox"/> METAMIZOL 2g / 6h
<input type="checkbox"/> 2. BUPIVACAÍNA + FENTANILO	<input type="checkbox"/> KETOROLACO _____ mg / _____ h	<input type="checkbox"/> KETOROLACO _____ mg / _____ h
<input type="checkbox"/> 3. TRAMADOL + KETOLORACO	<input type="checkbox"/> METAMIZOL _____ mg / _____ h	<input type="checkbox"/> DEXKETOPROFENO _____ mg / _____ h
<input type="checkbox"/> 4. TRAMADOL + METAMIZOL	<input type="checkbox"/> TRAMADOL _____ mg / _____ h	<input type="checkbox"/> TRAMADOL _____ mg / _____ h
<input type="checkbox"/> 5. MORFINA + DROPERIDOL	<input type="checkbox"/> DEXKETOPROFENO _____ mg / _____ h	<input type="checkbox"/> MORFINA _____ mg / _____ h
<input type="checkbox"/> METOCLOPRAMIDA _____ mg / _____ h	<input type="checkbox"/> ONDANSETRON _____ mg / _____ h	<input type="checkbox"/> PETIDINA _____ mg / _____ h

<input type="checkbox"/> INFUSOR MODIFICADO:
<input type="checkbox"/> BIC (ml/h): _____ <input type="checkbox"/> PCA: PERFUSIÓN (ml/h): _____            BOLO (ml): _____            INTERVALO (min): _____            LÍMITE / HORA: _____
VÍA: <input type="checkbox"/> INTRAVENOSA <input type="checkbox"/> EPIDURAL:            NIVEL DE PUNCIÓN: _____ <input type="checkbox"/> BLOQUEO FEMORAL

EVALUACIÓN ANALGESIA	día	día	día	día	día
EVA REPOSO					
EVA MOVIMIENTO					
ANALGESIA RESCATE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
BOLOS PCA SOLICITADOS / ADMINISTRADOS					
SEDACIÓN (RAMSAY) *					
BLOQUEO MOTOR (BROMAGE) **					
<b>EFECTOS SECUNDARIOS</b>					
NÁUSEAS / VÓMITOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
PRURITO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
RETENCIÓN ORINA	<input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
DESCANSO NOCTURNO	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M
VOLUMEN RESTANTE INFUSOR (mL)					
<b>ANESTESÍOLOGO</b>					

FECHA DEL ALTA:
GRADO DE SATISFACCIÓN: <input type="checkbox"/> MUY BUENO <input type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/> MUY MALO

